ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

FAX

Vol . 22–16

Date de publication : 15 août 1996

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 5)*

		Pagination officielle :
RECRUDESCENCE DE L'HÉPATITE A CHEZ LES HOMMES HOMOSEXUELS À MONTRÉAL-CENTRE (QUÉBEC)	F-1	133–135, 138
ISOLEMENT DE *BORRELIA BURGDORFERI* — DISTRICT DE THUNDER BAY (ONTARIO)	F-3	138–140
SOMMAIRE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE	F-5	136–137

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

RECRUDESCENCE DE L'HÉPATITE A CHEZ LES HOMMES HOMOSEXUELS À MONTRÉAL-CENTRE (QUÉBEC)

Profil épidémiologique :

Entre le 1er novembre 1994 et le 31 décembre 1995, 261 cas d'infection par le virus de l'hépatite A (VHA) ont été rapportés à la Direction de la santé publique (DSP) de la région de Montréal-Centre, soit un taux d'incidence de 12,6/100 000 personnes-années (p-a). Cela représente un accroissement de 200 % comparativement au taux de 4,2/100 000 p-a observé au cours des 14 mois précédents. Deux cent cinquante-sept cas (98,5 %) ont été confirmés sérologiquement par la présence d'immunoglobulines M (IgM) anti-VHA. Cette augmentation touche la population masculine, particulièrement le groupe âgé de 20 à 39 ans, dans lequel l'incidence est passée de 10,8 à 42,4/100 000 p-a (figure 1). L'âge moyen des cas était de 31,2 ans (étendue : 3 à 72 ans), et plus des trois quarts (78,5 %) étaient de sexe masculin. Les cas étaient concentrés au centre-ville de Montréal.

Des données portant sur les expositions et les facteurs de risque ont été obtenues pour 85 % des cas déclarés au cours des 3 dernières années. On note, en 1995, une nette augmentation de la proportion de cas dont le facteur de risque principal est la présence de relations sexuelles entre hommes. Le nombre de cas liés à d'autres facteurs de risque, tels les voyages en pays endémique pour le VHA, demeure relativement stable (figure 2).

Une hospitalisation a été requise pour 13 % des cas déclarés en 1994 et 1995. La durée médiane du séjour hospitalier était de 5 jours (étendue : 1 à 28 jours). Bien qu'aucun décès n'ait été recensé jusqu'à maintenant, un hépatologue a rapporté trois cas sévères ayant présenté une insuffisance hépatique transitoire chez des hommes homosexuels. L'incidence de l'hépatite B aiguë n'a pas augmenté au cours de cette période.

Intervention :

Dès le début de janvier 1995, un groupe de travail a été formé à la DSP de Montréal-Centre afin de suivre de près la situation épidémiologique et de proposer une stratégie d'intervention.

Des lettres d'information portant sur la situation épidémiologique et un rappel des mesures de lutte ont été transmises aux médecins omnipraticiens, aux microbiologistes-infectiologues, aux gastro-entérologues, aux hépatologues, aux pédiatres ainsi qu'aux chefs des urgences des centres hospitaliers de la région de Montréal. On demandait notamment aux médecins de déclarer rapidement tout cas suspect d'infection à VHA (p. ex. présence d'un ictère chez un sujet AgHBs négatif) et d'offrir le vaccin contre le VHA à leur clientèle homosexuelle masculine pouvant en assumer les frais. Un article sur le VHA contenant le même message a été publié dans un hebdomadaire médical à large tirage. Les intervenants en santé publique des autres régions du Québec ont également été avisés de la situation par courrier électronique.

Un communiqué a été acheminé aux journaux gais. Près de 2 500 dépliants d'information, produits et imprimés par la DSP, décrivant de façon explicite les modes de transmission et les moyens de prévention de l'infection à VHA (incluant la vaccination) ont été distribués dans les bars, saunas et cinémas gais par un organisme communautaire engagé dans la lutte contre le SIDA chez les hommes homosexuels.

Un suivi épidémiologique a été effectué auprès de tous les cas déclarés, dans le but, notamment, d'obtenir plus d'informations sur les facteurs de risque et sur l'application des mesures préventives chez les contacts étroits.

Santé Canada Health Canada

Canada

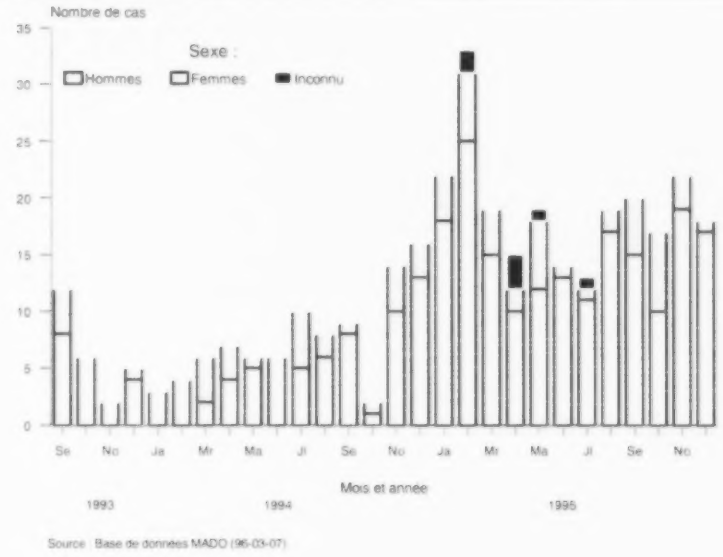
2007-02710/

Commentaires :

Malgré une faible létalité et la rareté des séquelles, le VHA est une infection aisément transmissible amenant une morbidité non négligeable[1]. Le profil épidémiologique actuel évoque une transmission interhumaine continue du VHA, particulièrement dans la communauté homosexuelle masculine du centre-ville de Montréal. Outre deux petites flambées en milieu de garde (quatre cas) et dans plusieurs familles étroitement reliées entre elles (cinq cas), aucune éclosion majeure n'est survenue en dehors de la communauté gaie bien qu'au moins 4 % des cas manipulent des aliments ou travaillent comme barmen.

Plusieurs cas affectant des hommes gais ont été rapportés dans d'autres régions du Québec. Aucun lien direct n'a pu être établi avec les éclosions survenues chez les hommes homosexuels à Halifax, en 1994, (K. MacIsaac, *Department of Health*, Halifax : communication personnelle, 1996) et à Boston où, depuis l'été 1995, une trentaine de cas d'hépatite A ont été signalés (Dre A. Berry, *Department of Health and Hospital*, Boston : communication personnelle, 1996).

Figure 1
Nombre de cas d'hépatite A selon le mois de réception de la déclaration et le sexe, région de Montréal-Centre, septembre 1993 à décembre 1995



De 1990 à 1992, la région de Montréal a connu une épidémie d'hépatite A touchant également les hommes gais habitant le centre-ville[2,3]. L'incidence s'était alors élevée à près de 70/100 000 p-a chez les hommes (comparativement à moins de 10/100 000 p-a chez les femmes) au plus fort de l'épidémie. Malgré l'ampleur du taux d'attaque, cette épidémie n'a vraisemblablement pas amené «l'épuisement» du bassin des personnes réceptives dans la communauté gaie. Comme il s'agit d'une population ouverte et mobile, il est aussi possible que l'afflux d'un nombre suffisant de personnes réceptives ait permis au virus de continuer à circuler. Nous ne disposons cependant pas de données de séroprévalence permettant d'estimer la proportion de personnes réceptives ni de moyens pour prédire l'évolution de l'épidémie actuelle.

Lutter contre une telle épidémie en milieu ouvert relève du défi. Le diagnostic rapide, la déclaration précoce des cas et l'administration prompte de l'immunoprophylaxie aux contacts étroits sont des éléments essentiels à la prévention et à la lutte contre les éclosions. Malheureusement, malgré l'envoi d'informations aux médecins, on constate toujours un long délai dans la déclaration des cas, le délai moyen étant de 21 jours. Certaines déclarations ne comportent pas de données d'identification, obligeant les intervenants de la DSP à contacter le médecin traitant pour obtenir des renseignements complémentaires. De plus, plusieurs contacts étroits ne reçoivent pas les immunoglobulines (IG) au moment opportun. Finalement, une pénurie d'IG est survenue pendant plusieurs semaines au cours de l'hiver 1995 à la suite de la décision de la société Miles Canada de retirer du marché tous les lots d'IG pour administration par voie intramusculaire, afin de les soumettre à un dépistage de l'ARN du virus de l'hépatite C. Les lots réofferts par la suite ont initialement été regroupés dans deux cliniques et réservés en priorité aux contacts de cas de VHA.

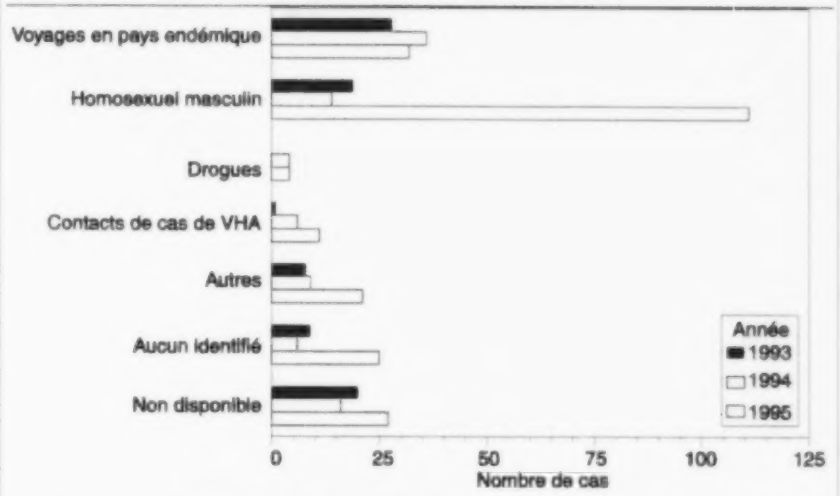
Jusqu'à maintenant, l'essentiel de notre stratégie de lutte auprès des hommes gais a consisté à diffuser de l'information visant à sensibiliser la communauté gaie à l'existence du problème et aux moyens de le prévenir. À Toronto, une enquête effectuée auprès d'hommes homosexuels à la suite d'une campagne d'information menée dans le contexte d'un éclosion de VHA (1991-1992) montrait que près de neuf répondants sur 10 connaissaient l'existence de l'éclosion et que plusieurs d'entre eux avaient adopté des pratiques sexuelles plus sûres. Les deux tiers avaient pris connaissance d'une publicité parue dans le journal gai et la moitié avaient vu l'affiche élaborée par le *Department of Public Health*[4]. À Montréal, l'impact de la diffusion de l'information auprès de la communauté gaie n'a pas été évalué. Les communiqués n'ont paru qu'une fois dans quatre journaux et leur visibilité n'était pas très grande. En ce qui concerne le dépliant, après un engouement initial, il est par la suite resté dans les présentoirs.

Un vaccin contre le VHA étant maintenant disponible, la possibilité de l'utiliser pour lutter contre une épidémie en milieu ouvert doit être envisagée. Une seule dose de vaccin s'est avérée efficace pour mettre fin à des flambées survenues dans certaines communautés (observations non publiées, *Alaska Native Medical Center, Division of Public Health, State of Alaska*). L'implantation d'une telle mesure, dans le contexte actuel, se heurte cependant à un certain nombre d'obstacles, notamment la difficulté à identifier

et à joindre la population cible, la mobilité de cette population ainsi que le coût élevé du vaccin.

Une démarche de consultation auprès des médecins ayant une importante clientèle homosexuelle masculine et auprès des groupes communautaires gais a eu lieu au cours des derniers mois. Grâce à la collaboration du Ministère de la Santé et des Services sociaux, des CLSC et d'un grand nombre de médecins et d'organisations communautaires, le DSP a été en mesure de lancer une campagne d'immunisation dont le début a été fixé au 31 juillet 1996. Au cours des quelques prochains mois, on offrira une première dose de vaccin contre l'hépatite A (1 440 unités/mL) aux hommes homosexuels et bisexuels vivant dans la région de Montréal.

Figure 2
Distribution des cas d'hépatite A (VHA) selon le facteur de risque principal*, région de Montréal-Centre, 1993 à 1995



* 2 à 7 semaines avant le début de la maladie.
Source : Unité de santé publique de Montréal-Centre (96-03-07).

Remerciements :

Nous tenons à remercier les D^rs^ B. Turmel et G. Lonergan (membres du groupe de travail sur le VHA), les infirmières et médecins de la DSP ayant participé aux enquêtes ainsi que M^me^ L. Marcotte pour son support informatique (Montréal); R. Lavoie et P. Deslandres (Séro Zéro); M^me^ K. MacIsaac, *Department of Health* (Halifax); le D^re^ A. Berry, *Department of Health and Hospital*, Boston (Mass.); le D^r^ M. Lavoie, résident en santé communautaire, Université de Montréal; le D^re^ M.-C. Racine (résidente en médecine familiale, Université de Montréal; le D^r^ B. Willems et tous les membres du département d'hépatologie de l'Hôpital St-Luc (Montréal); le D^r^ M. Steben, collaborateur à l'*Actualité médicale* ainsi que les médecins, laboratoires et infirmières ayant déclaré les cas.

Références

1. Battegay M, Gust ID, Feinstone SM. *Hepatitis A virus*. Dans : Mandell GL, Douglas RG, Bennet JE, éds. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 4^e^ éd., New York : Churchill Livingstone 1995:1636-56.
2. CDC. *Hepatitis A among homosexual men United States, Canada and Australia*. MMWR 1992;41:155-64.
3. Allard R, Durand L, Guy M et coll. *L'hépatite A au centre-ville de Montréal (Québec) — 1990-1992*. RMTC 1995;21:71-6.
4. Department of Public Health, City of Toronto. *Hepatitis A outbreak among men who engage in homosexual behavior — City of Toronto, 1991*. PHERO 1992;3:53-6.

Source : *D^re^ L Valiquette, MSc; D^r^ R Dion; L Bédard, MPH, MSc inf, RRSSS de Montréal-Centre, Montréal (Québec).*

Commentaire de la rédaction

Comme il a été mentionné à la fin du rapport ci-dessus, on tente de réduire la transmission de la maladie en administrant une seule dose du vaccin contre le VHA en plus d'offrir un traitement prophylactique au IG et d'appliquer des mesures de promotion de la santé. S'il ressort des études publiées et inédites que le vaccin contre le VHA aide à lutter contre les éclosions survenant dans des communautés bien définies[1,2], il reste qu'aucune évaluation n'a été faite de son utilisation en milieu urbain. L'épidémiologie de l'hépatite A à Montréal est relativement bien décrite; il sera donc possible de suivre l'incidence de la maladie après la mise en place du programme d'immunisation. Mais comme le montrait le rapport précédent sur Montréal[3], l'incidence de la maladie est probablement cyclique, ce qui complique l'interprétation des tendances. Il sera enfin intéressant de noter le nombre de personnes qui recevront la seconde dose du vaccin (non offerte gratuitement), dose qu'il sera peut-être nécessaire d'administrer pour maintenir l'effet protecteur de la première dose.

Références

1. Werzberger A, Mensch B, Kuter B et coll. *A controlled trial of a formalin-inactivated hepatitis A vaccine in healthy children*. N Engl J Med 1992;327:453-57.
2. Prikazsky V, Oleár V, Safary A et coll. *Interruption of an outbreak of hepatitis A in two villages by vaccination*. J Med Virol 1994;44:457-59.
3. Allard R, Durand L, Guy M et coll. *L'hépatite A au centre-ville de Montréal (Québec), 1990-1992*. RMTC 1995;21:71-6.

ISOLEMENT DE *BORRELIA BURGDORFERI* — DISTRICT DE THUNDER BAY (ONTARIO)

Borrelia burgdorferi, spirochète responsable de la maladie de Lyme (ML), a été isolé à partir d'une tique occidentale à pattes noires, *Ixodes scapularis* (populations du nord auparavant considérées comme appartenant à l'espèce *I. dammini*). C'était la première fois qu'une culture vivante de *B. burgdorferi* était isolée dans le District de Thunder Bay.

Le 31 octobre 1995, la tique a été extraite de la croupe d'un chien, à Thunder Bay (Ontario). Le chien n'était jamais sorti de la ville. Au cours des 2 à 3 semaines précédant l'extraction de la tique, il avait présenté une toux.

La tique vivante a été acheminée au *Vector-borne Diseases Laboratory* du *Centre for Disease Control* de la Colombie-Britannique (BCCDC) à Vancouver (Colombie-Britannique) pour qu'on y procède à la recherche des spirochètes. La tique a été formellement identifiée comme étant *I. scapularis*.

Au laboratoire, la tique femelle entièrement gorgée de sang a été stérilisée en surface, avant la dissection, à l'aide de peroxyde d'hydrogène à 10 %, puis d'isopropanol à 70 %. Le contenu de son intestin moyen a été prélevé par chirurgie, transféré sur le milieu de culture BSK II et incubé à 35 °C. Les cultures ont été examinées une fois la semaine au moyen d'un microscope à fond noir. En moins de 2 semaines, les spirochètes mobiles caractéristiques de *B. burgdorferi* ont été observés.

L'amplification par la polymérase (PCR) a mis en évidence, dans l'isolat, les gènes OspA, ARNr 16S et HSP60 de *B. burgdorferi*. Le profil d'OspA [31 kilodaltons (kDa)], d'OspB (34 kDa), d'OspC (22-25 kDa), de P39 (39 kDa), de la flagelline (41 kDa), de HSP60 (60 kDa) et de bandes à 66 kDa a été établi par électrophorèse sur gel de polyacrylamide en présence de dodécyl sulfate de sodium. L'isolat a en outre été analysé en vue de la détermination de son profil plasmidique; la séparation par électrophorèse en champ pulsé (PFGE) des produits de digestion par des enzymes de macrorestriction (*Mlu*I et *Sma*I) de l'ADN total a également été effectuée. Une bande de 135 kbp à la PFGE, caractéristique de *B. burgdorferi* proprement dit, a été mise en évidence dans le produit de digestion par des enzymes de restriction. L'isolat a également réagi à une épreuve effectuée à l'aide d'anticorps monoclonaux pour les gènes Osp A-D, Fla, BmpA (P39), GroEL, ADNk, P22 et P93[1]. Les observations et les analyses pratiquées sur cet isolat ont confirmé que le spirochète était bel et bien *B. burgdorferi*.

Un échantillon de sang prélevé chez le chien 7 jours après l'extraction de la tique a été analysé par un laboratoire privé (*Diagnostic Veterinary Systems*, Don Mills (Ontario)) et s'est révélé négatif à l'égard des anticorps dirigés contre *B. burgdorferi*. D'autres prélèvements de sang ont été effectués 21 jours et 35 jours après l'extraction et expédiés au BCCDC. À ce moment-là, il y a avait eu séroconversion chez le chien, et les deux échantillons de sang étaient positifs au test d'immunofluorescence, les titres s'établissant respectivement à 1:512 et 1:256. L'épreuve Western blot a mis en évidence les antigènes OspA-C, P39, flagelline, HSP60 et la bande à 66 kDa.

Le 24 novembre 1994, une tique femelle appartenant à l'espèce *I. scapularis* entièrement gorgée de sang a été prélevée chez un chat à Thunder Bay. Ce chat n'avait jamais quitté la ville. On a eu recours à la PCR pour rechercher *B. burgdorferi* chez cette tique morte[2]. Le chat avait été sacrifié avant qu'on ait déterminé s'il était atteint de la ML, mais il présentait des signes cliniques évocateurs. On observait une plaque érythémateuse (7 cm X 7 cm) centrée sur la piqûre de tique, à l'arrière du cou, et l'animal souffrait de boiterie, de prurit, de troubles rénaux et intestinaux; il était en outre devenu très agressif envers son maître.

À la fin de 1995, on avait signalé à 98 reprises la présence de la tique occidentale à pattes noires chez des hôtes qui n'avaient pas fait de voyage important. Dans 18 cas, cette tique était présente chez des chiens, des chats, des oiseaux et des humains du District de Thunder Bay. Le premier spécimen avait été recueilli en 1982, chez un humain[3].

En se fondant sur les tiques adultes prélevée chez des hôtes dans cette région, on peut conclure que la première recherche de nourriture survient entre la mi-mai et la mi-juillet, et la recherche automnale, entre octobre et novembre. Entre 1992 et 1995, six tiques adultes ont été recueillies au printemps et au début de l'été, ce qui indique qu'elles auraient hiverné. À Thunder Bay, la chute de neige annuelle totale s'élève en moyenne à 196 cm, créant ainsi, à la surface du sol, un microclimat convenant à *I. scapularis*. On a clairement observé un effet protecteur de la couche de neige au cours de l'hiver 1995-1996, quand la température moyenne de l'air était de -13,9 °C (max. + 1,3 °C, min. -33,7 °C), alors que la température moyenne au niveau du sol, sous la couche de neige, était de -0,9 °C (max. -0,4 °C, min. -2,5 °C) (S. Forrester, département de biologie, *Lakehead University* : communication personnelle, 1996). Il y a lieu de mener d'autres études afin de déterminer si la tique hiverne dans la région de Thunder Bay à ses trois stades de développement.

La tique occidentale à pattes noires, principal vecteur de la ML, vient des régions endémiques du Minnesota et du Wisconsin. Les oiseaux migrateurs transportent ensuite *I. scapularis* dans la région de Thunder Bay, en Ontario. Au printemps 1995, des larves d'*I. scapularis* ont été recueillies chez un merle d'Amérique (*Turdus migratorius*) et un bruant familier (*Spizella passerina*) au cours du baguage des oiseaux au cap Thunder, dans la péninsule de Sibley[4]. Certains oiseaux qui se posent au sol et certains oiseaux porteurs de tiques immatures (larves ou nymphes) sont des réservoirs compétents de *B. burgdorferi*.

Entre 1984 et la fin de 1995, 14 cas de ML ont été signalés dans le district de Thunder Bay. Neuf des sujets atteints n'avaient fait aucun voyage. Au cours de la même période, 228 cas ont été dénombrés dans l'ensemble de l'Ontario (C. LeBer, Direction de la santé publique, ministère de la Santé de l'Ontario : communication personnelle, 1996).

B. burgdorferi a été trouvé chez des tiques *I. scapularis* de plusieurs localités de l'Ontario, notamment à Kenora[5], à Keewatin, à la rivière à la Pluie et à la Pointe-Pelée[2]. Il a également été mis en évidence chez une tique de castor (*I. banksi*) à Sault Ste. Marie et une tique d'écureuil (*I. marxi*) à Palmer Rapids, comté de Renfrew[2]. Il convient de procéder à d'autres recherches afin de déterminer si *I. banksi* et *I. marxi* sont des vecteurs compétents capables de transmettre les spirochètes de la ML aux animaux et aux humains.

Références

1. Sviat SL, Banerjee SN, Banerjee M et coll. *Molecular characterization of **Borrelia burgdorferi** isolated in Canada*. Dans: *Proceedings of the VII International Congress on Lyme Borreliosis, 1996 June 16-21, San Francisco, CA*. Abstract A025.
2. Scott JD, Banerjee SN, Christensen CI et coll. ***Ixodes scapularis**, le vecteur de la maladie de Lyme, est largement répandu en dehors de la région de Long Point, en Ontario*. Présentation par affiches, VIII[e] Conférence scientifique internationale annuelle sur la maladie de Lyme, les 28 et 29 avril 1995, Vancouver, C.-B.
3. Lankester MW, Potter WR, Lindquist EE et coll. *Tiques du chevreuil (**Ixodes dammini**) trouvées dans le nord-ouest de l'Ontario*. RHMC 1991;17:260, 263.
4. Klich M, Lankester MW, Wu KW. *Spring migratory birds (**Aves**) extend the northern occurrence of blacklegged tick (**Acari : Ixodidae**)*. J Med Entomol 1996;33:581-85.
5. Banerjee SN, Christensen CI, Scott JD. *Isolement de **Borrelia burgdorferi** en Ontario (partie continentale)*. RMTC 1995;21:85-6.

Source : *S Banerjee, PhD, M Banerjee, PhD, Vector-borne Diseases Laboratory, BCCDC, Vancouver (Colombie-Britannique); J Scott, BSc(Agr), président, Lyme Disease Association of Ontario (Fergus), M Lankester, PhD, département de biologie, Lakehead University, Thunder Bay, J Kubinec, DVM, Fort William Animal Clinic, Thunder Bay (Ontario).*

Éditorial

Pour toute l'année 1995, les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) ont reçu 11 603 déclarations de cas de 43 États et du District de Columbia (incidence globale de 4,4 cas par 100 000 habitants), ce qui représente le deuxième nombre le plus important de cas à être signalés depuis 1982, mais il s'agit d'une baisse de 11 % par rapport aux 13 043 cas déclarés en 1994[1]. Comme dans les années antérieures, les nombre les plus importants de cas ont été signalés dans les régions du nord-est, du centre-nord et du centre de la côte de l'Atlantique.

Les mesures de protection personnelle (p. ex. application d'un insectifuge et recherche de tics) et les modifications de l'environnement (p. ex. application d'insecticides et installation de clôtures afin d'empêcher que les cerfs ne s'approchent des habitations) continueront d'être des moyens importants de réduire les risques d'exposition aux morsures de tiques et de prévenir la ML et les autres maladies causées par des tiques (p. ex. l'ehrlichiose et la babésiose). L'ehrlichiose granulocytaire humaine (EGH) a été décrite pour la première fois en 1994[2] chez des patients du Minnesota et du Wisconsin. Elle est causée par un agent qui est étroitement apparenté à *Ehrlichia equi*. L'agent causal de l'EGH a été retrouvé chez les tiques du cerf (*I. scapularis*) et du chien (*Dermacentor variabilis*)[2].

Références

1. CDC. *Lyme disease — United States, 1995*. MMWR 1996;45:481-84.
2. Bakken JS, Dumler JS, Chen SM et coll. *Human granulocytic ehrlichiosis in the upper midwest United States*. JAMA 1994;272:212-18.

Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

Ce tableau ne sera plus inclus dans la copie du Relevé des maladies transmissibles communiquée par télécopieur. Les lecteurs désirant avoir cette information doivent appeler la ligne du télécopieur et choisir l'index pour obtenir le numéro d'accès.

Les tableaux déjà publiés dans le nouveau format (télécopie) du RMTC figurent dans l'index sous le titre mentionné en rubrique.

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :

Agent des abonnements
Association médicale canadienne
B.P. 8650
Ottawa (Canada) K1G 0G8

N° de téléphone : (613) 731-8610, poste 2028
Télécopieur : (613) 523-0937

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada; 97,50 $ US à l'étranger

© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1996

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://hpb1.hwc.ca:8300 ou à l'aide de Gopher, à hpb1.hwc.ca port 7300.

Conseillers scientifiques : D[r] John Spika (613) 957-4243; D[r] Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditique : Joanne Regnier

First Quarter (1st) (1 January - 31 March 1996) - Premier Trimestre (1er) (1 janvier - 31 mars 1996)

Disease Maladie	ICD-9 CIM-9	Ontario			Manitoba			Saskatchewan			Alberta			British Columbia Colombie-Britannique			Yukon			Northwest Territories Territoires du Nord-ouest		
		1st 1er	Cum. 96	Cum. 95	1st 1er	Cum. 96	Cum. 95	1st 1er	Cum. 96	Cum. 95	1st 1er	Cum. 96	Cum. 95	1st 1er	Cum. 96	Cum. 95	1st 1er	Cum. 96	Cum. 95	1st 1er	Cum. 96	Cum. 95
AIDS-Sida	042-044	..	..	123	..	..	3	..	..	7	..	..	26	..	..	44	..	..	..	..	..	1
Amoebiasis - Amibiase	006	103	103	228	9	9	12	6	6	9	14	14	17	105	105	75	1	1	1	..	..	..
Botulism - Botulisme	005.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Brucellosis - Brucellose	023	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campylobacteriosis - Campylobactériose	008.41*	581	581	1152	41	41	38	41	41	32	146	146	204	409	409	564	2	2	2	6	6	3
Chancroid - Chancre mou	099.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chickenpox - Varicelle	052	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1425	1425	2904	..	..	..	35	35	25	113	113	383
Chlamydia, genital - Chlamydiose génitale	099.81*	1952	1952	3134	601	601	767	624	624	408	676	676	1424	..	..	..	31	31	34	241	241	248
Cholera - Choléra	001	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diphtheria - Diphtérie	032	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Giardiasis - Giardiase	007.1	356	356	570	..	..	..	91	91	51	88	88	144	305	305	317	7	7	8	8	8	10
Gonococcal infections - Infections gonococciques	098	429	429	684	129	129	188	107	107	95	50	50	115	152	152	149	9	9	1	26	26	38
Gonococcal Ophthalmia neonatorum - Ophtalmie gonococcique du nouveau-né	098.4	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haemophilus influenzae B (all invasive) - (invasive) à H. influenzae B[2]	320.0.038.41*	5	5	7	..	..	1	..	..	..	2	2	2	..	..	..	..	..	..	1	1	1
Hepatitis A - Hépatite A	070.0.070.1	53	53	100	101	101	106	36	36	52	44	44	43	184	184	72	..	..	..	1	1	..
Hepatitis B - Hépatite B	070.2.070.3	17	17	89	5	5	..	30	30	4	19	19	29	380	380	429	..	..	..	..	..	1
Hepatitis C - Hépatite C		1273	1273	1253	..	..	..	270	270	113	..	..	..	1592	1592	984	11	11	11	6	6	6
Hepatitis non-A, non-B - Hépatite non-A, non-B		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Legionellosis - Legionellose	482.41	6	6	9	..	..	..	1	1	1	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Leprosy - Lèpre	030	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Listeriosis (all types) - Listériose (tous genres)	027.0.771.22*	2	2	3	..	..	3	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Malaria - Paludisme	084	26	26	26	1	1	3	..	..	..	1	1	..	14	14	17	1	1	1	..	..	..
Measles - Rougeole	055	102	102	64	..	..	..	2	2	2	..	..	..	9	9	3	2	2	..	..	..	..
Meningitis, pneumococcal - Méningite à pneumocoques	320.1	-	-	-	-	-	1	1	1	4	2	2	2	1	1	7	-	-	-	-	-	-
Meningitis, other bacterial - Autres méningites bactériennes[3,4]		15	15	23	..	..	..	2	2	1	7	7	4	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Meningitis/Encephalitis viral - Méningite/encéphalite virale[5]		1	1	1	..	..	4	1	1	5	11	11	3	3	3	2	..	..	..	..	..	1
Meningococcal infections - Infections à méningocoques	036	32	32	30	2	2	1	1	1	2	7	7	3	..	..	7	..	..	..	1	1	..
Mumps - Oreillons	072	28	28	49	2	2	6	3	3	2	14	14	21	13	13	9	3	3	1	..	..	..
Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	1	1	1	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Pertussis - Coqueluche	033	83	83	666	39	39	252	108	108	25	228	228	176	130	130	71	36	36	7	6	6	2
Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Poliomyelitis - Poliomyélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rubella - Rubéole	056	7	7	153	..	..	1	..	..	..	6	6	7	6	6	6	..	..	..	..	..	..
Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salmonellosis - Salmonellose[6]	003	286	286	496	42	42	30	63	63	25	143	143	116	223	223	129	2	2	2	3	3	3
Shigellosis - Shigellose	004	41	41	105	14	14	17	27	27	21	13	13	23	..	..	47	..	..	1	..	..	..
Syphilis, Congenital - Syphilis, congénitale	090	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syphilis, Early Latent - Syphilis, latente récente	092	3	3	9	..	..	..	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Syphilis, Early, Symptomatic - Symptomatique, récente	091	6	6	20	..	..	..	1	1	6	..	..	3	5	5	9	..	..	..	..	..	..
Other Syphilis - Autres syphilis	090.092-097	17	17	83	..	..	3	..	..	..	8	8	9	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Tetanus - Tétanos	037	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trichinosis - Trichinose	124	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculosis - Tuberculose	010-018	42	42	230	..	..	..	..	..	..	..	..	..	61	61	54	..	..	1	17	17	5
Typhoid - Typhoïde	002.0	1	1	11	1	1	..	..	..	..	1	1	6	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Verotoxigenic E. coli - E. coli vérotoxinogènes	008.01*	26	26	73	8	8	4	7	7	2	16	16	10	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Yellow Fever - Fièvre jaune	060	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

SYMBOLS

.. Not reportable
.. Not available
- No cases reported

SIGNES

.. A déclaration non obligatoire
.. Non disponible
- Aucun cas déclarés

SOURCE:
Division of Dissease Surveillance
Laboratory Centre for Disease Control
Health Canada
Ottawa, Ontario K1A 0L2
Tel.: (613) 957-0334

SOURCE:
Division de la surveillance des maladies transmissibles
Laboratoire de lutte contre la maladie
Santé Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0L2
Tél.: (613) 957-0334

HEALTH CANADA - SANTÉ CANADA

Notifiable Diseases Summary - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

New Cases Reported for First Quarter (1st) (1 January - 31 March 1996) - Nouveaux cas déclarés pour le premier trimestre (1er) (1 janvier - 31 mars 1996)

Disease / Maladie	ICD-9 / CIM-9	Canada[1]			Newfoundland / Terre-Neuve			Prince Edward Island / Île-du-Prince-Édouard			Nova Scotia / Nouvelle-Écosse			New Brunswick / Nouveau-Brunswick			Quebec / Québec		
		1st 1er	Cum. 96	Cum. 95	1st 1er	Cum. 96	Cum. 95	1st 1er	Cum. 96	Cum. 95	1st 1er	Cum. 96	Cum. 95	1st 1er	Cum. 96	Cum. 95	1st 1er	Cum. 96	Cum. 95
AIDS-Sida	042-044	..	..	267	..	..	1	..	..	..	..	..	5	..	..	2	..	..	75
Amoebiasis - Amibiase	006	297	297	398	1	1	2	..	..	1	5	5	3	..	..	..	53	53	50
Botulism - Botulisme	005.1	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Brucellosis - Brucellose	023	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Campylobacteriosis - Campylobactériose	008.41*	1752	1752	2562	11	11	15	4	4	11	39	39	36	3	3	33	469	469	452
Chancroid - Chancre mou	099.0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Chickenpox - Varicelle	052	1883	1883	3600	302	302	79	..	..	..	8	8	208	..	..	1	..	..	..
Chlamydia, genital - Chlamydiose génitale	099.81*	6155	6155	6593	85	85	92	24	24	29	261	261	318	29	29	172	1411	1411	1967
Cholera - Choléra	001	1	1	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Diphtheria - Diphtérie	032	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Giardiasis - Giardiase	007.1	1069	1069	1342	10	10	11	4	4	..	17	17	33	7	7	20	176	176	178
Gonococcal infections - Infections gonococciques	098	1012	1012	1474	..	..	2	..	..	..	8	8	13	1	1	1	101	101	166
Gonococcal Ophthalmia neonatorum - Ophtalmie gonococcique du nouveau-né	098.4	..	..	5	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Haemophilus influenzae B (all invasive) - (invasive) à H. influenzae B[2]	320.0.038.41*	14	14	16	1	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	1	5	5	3
Hepatitis A - Hépatite A	070.0.070.1	564	564	529	..	..	..	..	..	..	1	1	5	..	..	1	144	144	150
Hepatitis B - Hépatite B	070.2.070.3	729	729	790	1	1	..	1	1	..	12	12	17	..	..	10	251	251	211
Hepatitis C - Hépatite C		3160	3160	2327	3	3	10	..	..	..	..	..	..	5	5	20	..	..	..
Hepatitis non-A, non-B - Hépatite non-A, non-B		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Legionellosis - Légionellose	482.41	8	8	20	..	..	..	..	..	..	1	1	2	..	..	..	..	..	6
Leprosy - Lèpre	030	2	2	4	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	2	2	1
Listeriosis (all types) - Listériose (tous genres)	027.0.771.22*	2	2	7	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Malaria - Paludisme	084	66	66	75	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	23	23	26
Measles - Rougeole	055	119	119	75	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	4	4	5
Meningitis, pneumococcal - Méningite à pneumocoques	320.1	4	4	17	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..
Meningitis, other bacterial - Autres méningites bactériennes[3,4]		28	28	33	4	4	..	..	..	..	..	..	2	..	..	1	..	..	..
Meningitis/Encephalitis viral - Méningite/encéphalite virale[3]		17	17	19	..	..	..	..	..	1	..	..	..	1	1	..	..	..	2
Meningococcal infections - Infections à méningocoques	036	61	61	79	1	1	..	..	..	..	1	1	2	..	..	1	16	16	33
Mumps - Oreillons	072	82	82	106	..	..	..	..	..	..	2	2	2	..	..	1	17	17	15
Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	2	2	3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	1	1
Pertussis - Coqueluche	033	1112	1112	2610	26	26	37	11	11	1	84	84	69	9	9	46	342	342	1236
Plague - Peste	020	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Poliomyelitis - Poliomyélite	045	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Rabies - Rage	071	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Rubella - Rubéole	056	28	28	186	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	9	9	19
Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Salmonellosis - Salmonellose[4]	003	1127	1127	1130	6	6	16	1	1	8	19	19	26	3	3	30	336	336	245
Shigellosis - Shigellose	004	163	163	320	1	1	..	..	..	..	..	..	2	..	..	2	67	67	102
Syphilis, Congenital - Syphilis, congénitale	090	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Syphilis, Early Latent - Syphilis latente récente	092	5	5	14	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	1	1	2
Syphilis, Early, Symptomatic - Symptomatique, récente	091	14	14	39	..	..	..	..	..	..	2	2	1	..	..	..	..	..	..
Other Syphilis - Autres syphilis	090.092-097	37	37	116	..	..	..	..	..	..	1	1	3	1	1	2	10	10	16
Tetanus - Tétanos	037	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	1	..
Trichinosis - Trichinose	124	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Tuberculosis - Tuberculose	010-018	175	175	379	6	6	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	49	49	67
Typhoid - Typhoïde	002.0	5	5	28	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	2	11
Verotoxigenic E. coli - E. coli vérotoxinogènes	008.01*	99	99	138	1	1	1	..	..	..	10	10	..	..	..	1	31	31	47
Yellow Fever - Fièvre jaune	060	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..